

EDITORIAL

En el año 1988 España se dotó de una Ley reguladora de las técnicas de reproducción asistida (TRA). Una ley considerada pionera en su día y también, por muchos, modélica. En la actualidad, sin embargo, se oyen cada vez más voces que, con insistencia, afirman que esta ley deja muchos huecos e incurre en algún error, debiendo ser, por ello modificada. La Ley 35/1988 regula las técnicas de reproducción asistida (IA, FIV, TE y TIG), “cuando estén científicamente indicadas y se realicen en centros y establecimientos sanitarios y científicos autorizados y acreditados, y por equipos especializados”. Esta misma ley señala que las “técnicas de reproducción asistida tienen como finalidad la actuación médica ante la esterilidad humana, para facilitar la procreación cuando otras terapéuticas se hayan descartado por inadecuadas o ineficaces”. Continúa la ley afirmando que estas técnicas “podrán utilizarse también en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético o hereditario cuando sea posible recurrir a ellas con suficientes garantías diagnósticas y terapéuticas y estén estrictamente indicadas”.

Otros aspectos de la ley merecen comentarios, desde el punto de vista del tema que me ocupa y que más adelante comentaré.

En el capítulo II de esta ley se exponen algunos principios generales. Así, se establece que las TRA se realizaran solamente cuando haya posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud de la mujer o la posible descendencia; todo ello en mujeres mayores de edad y en buen estado de salud psicofísica que libremente las soliciten y acepten una vez debidamente informadas. Obviamente no pretendo transcribir la ley ni extenderme excesivamente en comentarios legales para los que no me siento debidamente preparado. No obstante, he considerado necesaria esta introducción para poder hacer algunos comentarios acerca de un particular aspecto de la reproducción asistida. La lectura del texto legal que nos ocupa no permite encontrar referencias al potencial padre del nacido como consecuencia de las TRA salvo para señalar que debe dar su consentimiento para la práctica de las mismas y algunas consideraciones sobre la filiación de los nacidos. Es obvio que, cuando considero el texto legal, lo hago desde el punto de vista de un clínico practicante y no desde el de un conocedor de las leyes; tampoco conozco lo suficiente la terminología legal. Me sorprende, por ejemplo, que la ley especifique que las técnicas se apliquen a mujeres con buena salud psicofísica. Parece razonable pero, ¿quien es capaz de puntualizar el sentido que se da a este concepto?: ¿quiere decir que toda mujer afecta de cualquier enfermedad debe ser excluida de tratamiento? ¿Quiere decir que sólo deben ser tratadas aquellas mujeres que, aun padeciendo algún proceso que disminuya su buena salud psicofísica? ¿pueden afrontar con no más riesgos que los razonables una gestación?. En el primer supuesto toda mujer sin buena salud, una mujer obesa, por ejemplo, no podría ser tratada al amparo de la ley.

En el segundo supuesto todo dependería de una serie de circunstancias y se modificaría con el tiempo, en función del desarrollo de la ciencia médica: cada vez un mayor número de enfermedades es susceptible de tratamiento, permitiendo pronosticar la evolución favorable de una gestación con razonables probabilidades (es otra expresión de la propia ley). Pero, además, no sólo se modificarían las cosas en función del tiempo y del desarrollo de la ciencia sino también, en el mismo momento, de la capacitación de un determinado hospital o de determinado grupo de profesionales. Quizá este punto debería ser modificado, señalándose que las TRA no podrán ser aplicadas a mujeres cuando, padeciendo una enfermedad, el tratamiento o la gestación supongan un riesgo no asumible. Por ejemplo, si se trata de mujeres diabéticas, quizá la exclusión debería limitarse a aquellas que padecen alteraciones metadiabéticas, como una nefropatía. Por otra parte, ninguna alusión se hace a la salud del presunto padre. Parece obvio decir que en el espíritu de la ley se entiende la intencionalidad de proteger la salud del “nasciturus” y se supone que éste

debe quedar protegido de la posibilidad de contraer enfermedades posiblemente transmitidas por sus progenitores. Estas últimas consideraciones serían falsas en el caso de que al presunto padre se le considere un donante de semen: cuando se refiere a los donantes, la ley específica que éstos no deben padecer “enfermedades genéticas, hereditarias o enfermedades transmisibles”. Claro que, en el mismo párrafo, se alude a “características fenotípicas” y es difícil que esto pueda referirse a los potenciales padres, cuando éstos forman parte de la pareja. ¿A qué viene todo esto?, quizá se pregunte el lector. Porque todos los clínicos dedicados a la reproducción asistida han procurado siempre, a mi conocimiento, que el material biológico de ninguna persona “hombre o mujer” afectada de una enfermedad potencialmente transmisible (sífilis, SIDA, hepatitis) tuviera acceso a los laboratorios de reproducción asistida, las/los pacientes afectados de enfermedades transmisibles han sido siempre excluidos de la posibilidad de tratamiento mediante TRA. Esta práctica era ya habitual antes de que la ley se promulgara. La consecuencia es que un colectivo relativamente importante de personas afectadas de alguna de estas enfermedades ha quedado excluido del posible tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida. Sin embargo, la ley de reproducción contempla que estas técnicas puedan ser aplicadas para evitar enfermedades congénitas. Esto parece un contrasentido en el momento actual. La realidad es que determinadas parejas afectadas podrían reproducirse de forma natural, asumiendo los riesgos de una transmisión vertical, horizontal o ambas, en dependencia de quien o quienes sea el afecto. Sin embargo, en el momento actual, ha sido evidenciado que las técnicas de reproducción asistida son eficaces para evitar o minimizar el riesgo de contagio y estas parejas podrían optar a una TRA para una reproducción segura.

Investigadores nacionales y extranjeros han demostrado que las técnicas de lavado de semen eliminan de éste la carga viral. Al menos con razonables posibilidades de éxito. Por supuesto que la aplicación de las TRA a paciente portadores de SIDA, por ejemplo, exigen medidas especiales de control destinadas no sólo a evitar la posible transmisión al nasciturus o a su madre (si ésta era sana) sino también a los profesionales “que deben ser especialmente entrenados para el desarrollo de las técnicas en estas circunstancias” y a terceros, por contaminación del laboratorio. Pero esto no debe ser un obstáculo insalvable para que progresen las técnicas si el resultado puede ser evitar el nacimiento de niños afectados, fruto de la reproducción natural; sin contar con el posible contagio de la madre, si ésta era sana. En la actualidad la esperanza y la calidad de vida del paciente seropositivo para el HIV han mejorado notablemente como consecuencia del progreso terapéutico, no sólo en lo que se refiere al tiempo en que la enfermedad es activa sino también al periodo de latencia libre de enfermedad tras el contagio. La consecuencia es que el deseo reproductor aumenta en este tipo de pacientes que, si no están afectados de esterilidad, asumirán riesgos para reproducirse y, si se trata de una pareja estéril por otras razones, podría reproducirse mediante la aplicación de una TRA con riesgos prácticamente despreciables: ¿qué poder transmisor se puede conceder a un solo espermatozoide lavado utilizado para una ICSI, por ejemplo, cuando se ha comprobado que la muestra ha quedado libre de partículas virales? ¿Y a unos cuantos miles utilizados en una FIV? En el mundo y en nuestro país son ya muy numerosos los niños nacidos libres de enfermedad de padres seropositivos. También son muchas las quejas de voces de parejas que ansían reproducirse sin riesgo con la ayuda de la medicina. También van siendo significativas las voces científicas que abogan por la inclusión de hombres y mujeres afectados en los programas de reproducción. A mi juicio no son ya clínicamente razonables las barreras que se oponen al tratamiento de este tipo de pacientes, lo que no quiere decir que las TRA puedan aplicarse alegremente, sin criterios o al margen de protocolos estrictos de seguridad para los pacientes, para sus nacidos y para el sistema. Considero que, pudiendo estar estos tratamientos amparados por la legalidad vigente y existiendo la metodología científica para ayudar a este colectivo, ésta debe ser aplicada sin más dilación que la necesaria para la seguridad: de ello no puede derivarse más que un beneficio y la disminución de la marginación de personas que tienen los mismos derechos que sus semejantes.

DR. D. ALBERTO ROMEU